

2 精神科入院患者の退院を阻むもの —— 長期在院をめぐって ——

村 本 幸 栄（西北中央病院精神科）

1. はじめに

昭和61年7月9日の朝日新聞紙上に、全国精神障害者家族連合会が実施した精神障害者と家族の生活実態や、どんな福祉施策を求めているかをさぐる全国調査の結果をまとめて報告した内容が掲載されていた。その主なものは、次の通りであった。まず患者・家族とも高齢化している事、又家族の困難として最大なものは、将来の見通しが立たないことをあげていた。一方、退院が難しい理由としては、病気がよくなっていない事、再発の虞が強い事、問題行動が出る等々、症状に関する問題が一番多く、さらに患者と家族との関係が悪いという理由もあげられていたのが目についた。

この報告をみると、家族と精神病院とはかなり共通の問題をかかえていることに気付くと思う。たとえば、現在でも精神病院（科）での最大の問題は患者の長期在院という事であり、この事は、当然患者の高齢化につながり、さらに患者の社会復帰へも大きな影響を与えている。勿論、家族の負担も極めて大きいのはいう迄もない。この長期在院についてはすでに種々報告^{1)~6)}されており、事新しい問題として今更とりあげる事ではないが、しかし現在でも依然として未解決のまま取残されている最大の問題でもあることは否めないと思う。

そこで私は、この問題に関して現状を確認すべく私が勤める五所川原市立西北中央病院精神科の入院患者について種々分析検討をしてみた。それを報告すると共に、さらに3症例をあげ、患者の長期在院をもたらすもの、即ち社会復帰を阻害するものは一体なんであるのかを若干考えてみようと思う。

2. 西北中央病院精神科入院患者の実態

対象とした患者は昭和61年6月30日に於ける入院患者と、さらに同日からさかのぼって過去一年間に退院した患者である。なお、ここで私の科の歴史について触れなくてはならない。私の科は昭和36年五所川原市立西北中央病院敷島分院精神科として、病床数、155床で発足した。そして昭和57年11月1日をもって、恩師佐藤時治郎教授の御高配のもとに、西北中央病院精神科として病床数、120床で同院に併設されたものである。したがって、敷島分院精神科から引続き入院を継続している患者の入院月日は、敷島分院精神科へ入院した日をそれとした。

さて分析結果をみると、まず疾患別分類（表1）では、精神分裂病が75.8%で一番多かった。年齢構成（表2）をみると50才以上の患者が36.8%を占め、患者の平均年齢は49.2才であった。また在院期間（表3）をみると5年以上の入院期間を有する者が52.5%であった。つぎに両親の有無（表4）をみると両親が生存している者が20%で、すでに死亡している者が50%であった。生存している片親をみると一例を除いてすべてが女親であった。また保護義務者（表5）をみると配偶者及び一親等以外の人であるものが43.3%であった。つぎに入院費用区分を（表6）

みると生活保護法、精神衛生法等の公費負担率が58.3%であった。また過去一年間に退院した患者の平均在院日数は、270.4日であった。ただし、61年6月30日の入院患者の平均在院日数は、2888.3日であったことを付け加えておく。

ところでこの退院患者数(表7)は、101名であったが、この内1年以上5年未満の入院期間を有したものが8名(6.7%)で、5年以上の入院期間を有したものが3名(2.9%)であった。

表 1. 疾患分類

精神分裂病	91例 (75.8%)
躁うつ病	5例 (4.2%)
てんかん	3例 (2.5%)
アルコール症	5例 (4.2%)
進行麻痺	2例 (1.7%)
脳器質性精神病	7例 (5.8%)
神経症	5例 (4.2%)
神経薄弱	1例
その他	1例
計	120例

表 2. 在院患者年令別分布

年令 性	20才 未満	20才 ～29才	30才 ～39才	40才 ～49才	50才 ～59才	60才 ～69才	70才 以上	計
男	1	5	17	25	8	8	4	68
女		1	11	16	10	10	4	52
計	1 (0.8%)	6 (5.0%)	28 (23.3%)	41 (34.2%)	18 (15.0%)	18 (15.0%)	8 (6.7%)	120

表 3. 在院期間

期間 性	6ヶ月 未満	6ヶ月 ～1年	1年 ～5年	5年 ～10年	10年 ～15年	15年 ～20年	20年 以上	計
男	8	5	17	16	10	6	6	68
女	9	3	15	6	5	8	6	52
計	17 (14.2%)	8 (6.7%)	32 (26.7%)	22 (18.3%)	15 (12.5%)	14 (11.7%)	12 (10.0%)	

表 4. 両親の有無

性	両親生存		片親生存		両親死亡		
	男	女	男	女	男	女	
患者数	17	7	17 (母 16)	16 (全て母)	32	28	117
	24 (20.0%)		33 (27.5%)		60 (50.0%)		

〔註〕 不明の者 3 名

表 5. 保護義務者

保護義務者	配偶者	親	子供	同胞	親戚	市町長
患者数	19 (妻11) (15.8%)	42 (父23) (35.0%)	7 (5.8%)	37 (30.8%)	9 (7.5%)	6 (5.0%)

表 6. 費用区分

費用区分	国民健康保険	生活保護法	社会保険	精神衛生法
患者数	43 (35.8%)	46 (38.3%)	7 (5.8%)	24 (20.0%)

表 7. 昭和60年 7 月 1 日～昭和61年 6 月30日
における退院患者の在院期間

1 年未満	90例 (89.1%)
1 年～ 5 年	8例 (8.0%)
5 年以上	3例 (2.9%)
計	101例

3. 症 例

つぎに私は、3 例の症例を述べることにする。これらの症例は、いずれも私がこれ迄主治医として対応してきたものである。しかしこれらは、決して特別なものではなくごくありふれた、日常診療上どこでもみられる症例である。

症例 I Tさんは39才で未婚、6人兄弟の第6子として生まれた。昭和37年春、躁状態をきたし、躁病で約半年西北中央病院敷島分院精神科へ入院したのを初回に、これ迄数回入院退院をくり返してきた。その精神症状も再発がくり返されるにつれて変わってきて、発病当初は、躁状態が中心であったのに、緊張病性昏迷や緊張病性亢奮で発病したり、幻聴、独語、空笑が認められたり、また症状が鎮静されると情意鈍麻や無為傾向が目立つなど、次第に精神分裂病様の色彩が色濃くなってきた。今回の入院はTさんにとって11回目になるが、昭和50年3月から約11年間入院を続けている。現在は、情意鈍麻や無為傾向が中心で幻聴や妄想などの異常体験はみられず、それなりに院内では安定した適応を維持している。ただ、Tさんには自己中心的な傾向がみられ、他人の欠点や誤りをしつこく責めるが、それでいて自身の欠点や誤りを頑として認めようとせず、それが日常生活でしばしば出現する為、他患がへき易することがよくある。

Tさんの父親は昭和31年に死亡し、その後は、母親が家庭の中心であった。Tさんが発病し入院した時、当然母親が保護義務者となったのであるが、Tさんの数回の入院にもかかわらず面会、外泊とTさんの為に良く尽くし、退院も円滑にはこんでおり、事実その入院期間はいずれも半年以内と短いものであった。この母親がTさんの10回目の入院中の昭和49年に死亡し、以後家長には長兄になったのである。Tさんはすでに書いたように昭和50年3月から11回目の入院をしてきているが、過去10回の入院と異なり、この入院からは家族の援助が極端に悪くなってしまったのである。即ち、長兄は、出稼ぎで生計を立てている為ほとんど家にはいない。したがって兄嫁がその代わりをしなければならないのに、兄嫁はTさんを無視した態度をとり、病院にくることはまれである。例えば盆、正月の外泊も母親の存命中とちがってままならないことすらあったのである。ただ、五所川原市内に嫁いでいる姉が時折来院するだけであった。このような状況のもとに私はTさんの退院を働きかけていたのである。長兄夫婦は、当初は来院しない為、電話を利用したり、五所川原市内の姉を介して行ったりしたのである。それも最近になってようやく長兄夫婦も病院を訪れ、話し合いに応ずるようになったのであるが、Tさんの退院については、けんもほろろといったものである。時に、兄嫁はTさんの過去の入院時の状態をあげて恐かったことをくどくどと述べ、また再発することが既定の事実のように主張しながら「(退院してくるなら)私と子どもは家を出ます」とまでいったりする。長兄もTさんの退院の為に妻が家を出ると困るという理由で退院を拒否し続けている。

一方、Tさん自身は自分の深刻な立場についての自覚がないため楽観的であり、面会時の長兄の消極的な言動など意に介することなく、「一人で暮らしてゆける、(家族の)世話にならなくてもいい、余計な事を言うな。」といったりする。それがまた長兄夫婦の拒否的な態度を助長する結果となっている。このような状況の内になお病院と家族との間に延々と折衝が続いている。

本症例の場合、母親の死後、家族の患者への援助が激減し、ずるずると在院期間が延長しつつあることが目につく。この事については、患者側からいえば発病の経過年数が長い事、頻回の入院をしている事、さらに入院時の精神症状が家族に負のイメージを与えていることをあげることができる。一方、家族の側からいえば、母親の死後の患者の在院がそれ迄の入院とちがって長期間にわたっている事から母親の死後に生じた家族内の変化が何等かの影響を与えていることが推測される。その最大なものとして、長兄への世代交代をあげることができよう。

そこで、まだ世代交代がなされていない患者の場合はどうかをみる為、次の症例をあげることにする。

症例 II Iさんは41才で未婚。彼は6人兄弟の第2子として生まれた。同居している長兄が躁うつ病で現在も外来通院をしている。Iさんの発病は、昭和41年である。当時東京で働いていたIさんは、亜昏迷状態に陥り、帰郷したのであるが、その直後に家を出て行方不明となり、青森市内で保護され、その時の奇異な言動によって精神分裂病と診断され、某精神病院に約5ヵ月入院した。退院後は出稼ぎで東京方面へ出かけて失業保険を取得し帰郷するという生活をしていた。しかし昭和48年には幻聴、自我障害などが出現して東京都内の某精神病院へ約2ヵ月間、2回目の入院をした。この頃からIさんには見戯性が目立つようになり、その上幻聴体験が常に続くようになったという。私の外来を受診したのはIさんにとって入院3回目の昭和49年12月であったが、幻聴体験の増強とそれに支配されて不眠、不安、不穏となった為であった。以後同様の状態で入退院をくり返すようになったのである。外来受診時、Iさんは幻聴の内容を得々として述べるのであるが、その内容の深刻さに比べIさんの表情にはそのようなものが微塵もみられないのである。また自宅での日常生活は、時に農作業に従事することがあるものの、ほとんど無為に毎日を送っているとのことである。

Iさんの父親は71才、母親は61才でいずれも健康である。冒頭にかいたように、Iさんの長兄は躁うつ病で治療中であり、これ迄何回かの入退院を経験している。しかし、症状が鎮静されると服薬を続けながらも働いており妻子もある。ただこの長兄も結局は再発の可能性がある為か独立できず、両親と生活を共にすることでその生計を維持していることは否めない。このようなこともあってか、父親は71才でありながらなお、家長として家庭内での地位を維持しているのである。したがって、Iさんの入退院に関しても、この父親の意図が大きく影響することは言う迄もない。Iさんの退院にはなお幻聴が存続していながらも拒否することなく応ずるのである。勿論、父親のこの意図を受けて家族全員がIさんを暖かく迎え入れていることは言う迄もない。したがって、Iさんの入院期間はこれ迄ほとんどが半年以内で終了している。

本症例のようにかなりの精神症状を有しながらも、比較的円滑に、しかも短期間で退院できる症例をしばしば経験する。このように円滑に家族が患者を受け入れるということはとりもなおさず患者の家庭内での立場が安定しているということを示すものと考えられる。しかし、その背景には家族全体の意志が働いているということは言う迄もなく、その意志を統一させるのは、本症例の場合家長としての父親であると思う。家長の患者を受け入れるという意志が堅固な限り、この傾向は続くと考えられる。

しかし両親が健在でもその2人の関係が崩壊したり、あるいは生活力がない場合、それは患者にとっては限られた役割しか果たせない場合が少なくない。そのような時、患者のおかれた立場は極めて不安定なものであって、症例Iの如く世代交代がおこなわれた患者のそれと類似している。次にそのことを示唆する症例をあげることにする。

症例 III Mさんは32才で未婚。彼女は7人兄弟の第6子として生まれたが上2人は異母兄弟である。Mさんは昭和52年6月妄想、幻聴などの異常体験が出現し、西北中央病院敷島分院精神科に約3ヵ月入院したのを初回に、これ迄4回の入退院をしている。最終入院は、昭

和58年10月からで、当時Mさんは箱根にある某社の寮で働いていたが、妄想体験が再燃し、不安状態に陥り、仕事を続けることができなくなって帰郷、直ちに当科へ入院したものである。それも昭和61年3月、ほぼ寛解状態で本人の強い希望のもとに、市内のアパートで単身生活をすることにして退院した。

Mさんの両親は健在である。しかし父親は生活力がない上、偏屈で、自己中心的な性格をも併せもち、子供の世話など全くみようとしなかったという。この為母親との関係も悪く、昭和53年には2人は結局離婚してしまったのである。それ以降は、Mさんはじめ子供達とはますます疎遠となり、現在は単身で生活している。一方、母親の方も一時某家の家政婦として働いていたが、それもできなくなって、現在は青森市内の老人ホームに入所し生活を送っている。このようにMさんは、両親が健在でありながら援助を全く期待できない状態にあるが、幸い近くに嫁いだ姉が現在Mさんの世話をしているのである。しかしこの姉もMさんが再発をくり返すたびにその面倒をみなければならず、次第に拒否的となってきている。即ち、Mさんは元来勝気で自己中心的な傾向があり、その為自立指向性が強く、これ迄退院後の就職も姉に相談することなく、一人で決め実行することが多かったのである。それが毎回再発ということで終わるため、いわばMさんが勝手なことをして、その尻ぬぐいを自分がするというに強い不満をいただくようになったのである。そのこともあってか、今回の退院に際しても姉は消極的であったが、Mさんがいわば強引に進めたものである。しかし、それでもここ迄は病院の介入もあって、なんとかMさんの思い通りにはこんだのである。ところが、Mさんは退院して間もなく、再び働きに行きたいと言いだし、県外に仕事を求めて知人に就職を依頼したのである。この事については私にも相談があり、私は「未だ早いのではないか、ただ仕事が見つかったら皆と相談しましょう。」と消極的な賛成をするだけにしておいた。しかし、Mさんはどうしても働きにゆくといい、母親がたまたまMさんのもとに外泊してきた際、そのことを伝えたという。母親は驚いてすぐに姉に相談をした。姉は当然の如く反対し、Mさんにやめるように説得をはじめたのである。しかし、Mさんが聞き入れない為、姉は「どうしても行くのならもう一切面倒をみない。姉妹の縁も切る。」と述べたという。これに対してMさんも自説を曲げず、話合いを続けている内に互いに感情的となってMさんは姉に対して「殺してやる。」と叫んだとう。この言葉を聞いて姉は「お前は又具合が悪くなった。入院した方がよい。」と告げ、Mさん自身もそれに同意し、姉ともども夜中にもかかわらず当科外来を受診したのであった。もとより入院を要する状態でもなく、とりあえず互いを説得し、帰宅させたが、以後Mさんと姉との間は断絶したままの状態である。Mさんは仕事に行くことは一応あきらめ、結局は何することなくアパートでの生活を続けているが「姉妹は他人より悪い」となお反発している。私としては今後姉の協力が得られないことを重大な問題として考えているが、Mさんはさほど深刻には考えてはいないようである。

本症例の場合、かなり以前から家庭崩壊の兆しがあったが、さらに両親の離婚でそれが現実のものとなり、患者は以後、両親からの援助を期待できなくなったのである。それでも姉からの援助がいささかでもあったが、それも限られたものであった。したがって退院したもののアパートでの単身生活を余儀なくされたというように患者の立場は極めて不安定なものであった。それが今回の就職に際してのトラブルで更に強まったのである。幸い病院からの危機介入があって、なんとか回避できたのであるが、今後は何等かの適切な支援が望まれるのにそれが

現状では期待できずなお予断を許さない。

4. 長期在院をもたらすものはなにか

精神医療の改善をめぐって、これ迄種々論議されてきたが、その結果として早期退院傾向、外来重視の姿勢など、精神医療に明るい展望が垣間見られるようになって来た。その反面精神病院においては、依然として長期在院患者の減少はみられず、むしろ増加の傾向すら続いているといっても過言でなく、この問題はますます深刻さの度合を深めているといえよう。事実私の科の患者の分析結果でも、5年以上の入院患者が約50%と高率を占めた上、一方で過去一年間の退院患者の中で5年以上の入院歴をもつものがわずかに3%たらずであったということから、長期在院患者の退院のむずかしさと、その数が増加しているということを今更の如く認識したのである。このような結果は、一人私の科だけに限ったことではない。この事は、表8、⁶⁾の如く昭和59年度の自治体精神病院入院患者実態調査のそれとほぼ一致していることから言えることであり、したがって全国的傾向といってもよいと思う。

表 8 1979年度自治体精神病院入院患者実態

精神分裂病の場合	72.5%
平均在院日数	461.4日
51才以上在院者	36.0%
費用区分	
精神衛生法	8.5%
生活保護法	26.3%
公費負担の合計	34.8%
在院期間	
1年未満	28.5%
1～5年	24.5%
5年以上	47.1%
退院患者在院期間（1979年度）	
1年未満	87.1%
1～5年	9.2%
5年以上	3.8%

さて、この長期在院の誘因については種々考えられる。たとえば精神疾患そのものの難治性、あるいは再発しやすさなども当然考えることができよう。しかし症例Ⅱの如く精神症状が存続していながらも、あるいは頻回にわたる入退院にもかかわらず長期在院に至っていない事例、症例Ⅰの如く適応がかなりでき得る状態に回復しながらも退院に至っていない事例を考えた時、果してそれだけを誘引としてあげてよいものか疑問である。むしろこのような事例からは、病気そのものよりも患者を取巻く状況に深く関与しているものがあるのではないかと考える。

まず考えられるのは、家族の問題である。松元⁷⁾は、患者の家族構成をみた場合、片親と子供、夫婦の同胞を含むなど変則的な家族が多いと報告している。私の場合でも保護義務者が配

偶者及び一親等以外の人であるのが約43%であったことからもうなづける。また、両親の死亡したものが50%で、片親のみ生存しているものが約28%であった。しかも生存している片親は一名を除いて母親であったことを特徴としてあげることができる。ちなみに松元⁷⁾も母親と子供という家族が一般に比べて多いということを述べている。

このようなことを考えると家族の生計中心者は、子供や同胞など親以外のものに変わっている事が推測される。即ち家族内で世代交代がおこなわれた可能性が大であるということである。ところでこの世代交代は家族の歴史の流れのなかで当然の帰結としてなされるものであるが、患者の社会復帰には負の因子として働くことが多いとされる。たとえば、世代交代の結果、患者の家族母体がかずれ、家族そのものの機能の弱小化へとつながってゆくと原田⁸⁾等は述べ、さらに家族母体のしっかりしている場合、患者の受け入れがよく、世代交代で家長が兄弟になるとたちまち受け入れが悪くなるとしている。この事を如実に示したのが症例Ⅰ、症例Ⅱであり、この内、症例Ⅱでも将来世代交代がおこなわれた後、一転して長期在院ということになりかねない危機を孕んでいると言っても過言ではない。この家族母体のくずれは、世代交代にのみ起因するということではなく、症例Ⅲの如く、両親の離婚といったことでも生じるが、これはいうまでもなく患者家族のみに特異的な現象ではない。ただ、長期在院を考えた場合、極めて重大な誘引としてあげざるをえないと思う。

次に考えられるのは、地域社会の問題である。即ち、症例Ⅲの如く家庭的な問題の為社会復帰ができない患者を、家族にかわって地域社会が受け入れ、援助してゆく制度仕組があるのかということである。私の病院の周囲をみた場合、たとえばディ・ケア施設、回復者施設などといった社会復帰施設が全くない。昭和57年、国では社会復帰促進を目的に「通院患者リハビリテーション事業」を開始した。青森県でも昭和60年5月、その「実施要綱」、「取扱い要項」を作成し、同年9月から実施するむね通達した。しかし私の病院のある西北五地区は青森県内でも有数の出稼ぎ地帯といわれる程経済基盤の弱い地域であり健常者でもなかなか仕事がないといわれる。したがって協力を得られる事業所を見つけるのはむずかしい現段階では、この事業の遂行がきわめて困難であるとしかいいえないと思う。結局、現実には症状が改善され、十分に稼働能力が回復している症例Ⅲの如き患者でもいたずらに何することなく毎日を送らざるを得ない。しかもこれが又家族の立場からいえば、患者の評価で負の因子となり、将来不幸にも患者が再入院した場合、その退院を拒否する要因の1つになりかねない。

ひるがえって病院の現状をみるに、当然病院に対しても社会復帰促進のため、それなりの役割を果たすように要求されていることは言うまでもない。しかし実際には、それら要求に応えることができるかという点、これが又困難であると言わざるを得ない。この原因として次の2点を考えることができる。まずマン・パワーの問題である。たとえば私の科は、医師2名、看護婦(士)39名(特一類)、PSW 1名、OT 1名、OTA 1名というスタッフから構成されている。しかし、このスタッフ数では結局は病棟内の業務を消化するのが精一杯である。したがって、たとえば、先の診療報酬の改正で新設された精神科訪問看護を実施しているが、これとその担当に病棟看護婦をあてている。しかし、そのために病棟が手薄になるため結局これもわずかに月2回の実施が精一杯である。原因のもう1つは病院経営の問題であろう。即ち、公立病院は現行では、独立採算を建前としている。ところが、精神科は病院経営上、どちらかというと不採算部門に位置しているとされる。そのような状況で、いわゆる水揚げの伴わない社会復帰事業を押し進めることは非常にむずかしい。また、私の科のように総合病院の一診療科と

して位置する場合、他科との兼ね合いもあって単科の精神病院とは全く異なったむずかしい立場にある。

以上のようなことで、患者の社会復帰のために種々計画をたてても、結局は実行まではゆかず手をこまねいているというのが病院の現状なのである。

5. おわりに

以上私は長期在院をもたらす誘因と考えられる3点について述べてきた。もとより、さらに数多くのことがこのことに関与しているのはいうまでもない。ただ問題なのはこれら考えられる種々の誘因がそれぞれまったく無関係に存在していないということである。たとえば、私があげた家族の問題にしても、地域の問題にしても、あるいは病院の問題にしてもそれらが互いに複合し合いながら、結果として患者の長期在院をもたらしているということである。

したがって長期在院を回避するためには、以上の事柄を考慮したより広範な対策をうちたてるこちが必要なことを私は最後に強調したいのである。

文 献

- 1) 道下忠蔵，上谷博宣他：精神病院長期入院患者の社会復帰に関する研究，精神経誌，81：741～742，1979
- 2) 猪俣好正，小泉 潤：公立単科精神病院の患者動向一特に長期在院化をめぐる一，精神経誌，81：607～617，1979
- 3) 小池清廉，小沢 勲他：精神病院長期在院患者の社会復帰について一自治体立精神病院の実態分析から一，精神経誌，82：648～652，1980
- 4) 小池清廉：長期在院分裂病と入院機能一自治体病院の立場から一，臨床精神医学，14：743～748，1985
- 5) 仙波恒雄：長期在院分裂病と入院機能一私立病院の立場から一，臨床精神医学14：749～754，1985
- 6) 小池清廉，道下忠蔵：自治体精神病院における入院患者処遇の実態，全国自治体病院協議会雑誌，219：31～44，1986
- 7) 松元信子：パラメディカルスタッフからみた精神科看護，臨床精神医学：，559～565，1978
- 8) 原田俊樹，伊庭氷二他：精神分裂病者の退院一家族精神医学の立場から一，精神医学，295：703～713，1983

参 考 資 料

- 1) 朝日新聞 昭和61年7月9日号
- 2) 青公衛，779，青森県通院患者リハビリテーション事業について